

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1921-1922

N° 14

De la Propagation

des Tumeurs malignes de la conjonctive et de la paupière dans l'intérieur du globe oculaire

Thèse pour le Doctorat en Médecine

Présentée et soutenue publiquement le Mercredi 7 Décembre 1921

PAR

Alexandre-Auguste-Clément LELAIDIER

Médecin de 2^e Classe auxiliaire de la Marine

Né le 11 Janvier 1895 à Brest (Finistère)

Examineurs de la Thèse	{	MM. LAGRANGE, professeur	Président
		VILLAR, professeur	Juges.
		DUVERGEY, agrégé.....	
		TEULIÈRES, agrégé	

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'Enseignement médical.

BORDEAUX

IMPRIMERIE J. BIÈRE

18-20, Rue du Peugue, 18-20

1921

THÈSE
POUR
LE DOCTORAT EN MÉDECINE



Digitized by the Internet Archive
in 2026

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1921-1922

N° 14

De la Propagation

des Tumeurs malignes de la conjonctive et de la paupière
dans l'intérieur du globe oculaire

Thèse pour le Doctorat en Médecine

Présentée et soutenue publiquement le Mercredi 7 Décembre 1921

PAR

Alexandre-Auguste-Clément LELAIDIER

Médecin de 2^e Classe auxiliaire de la Marine

Né le 11 Janvier 1895 à Brest (Finistère)



Examineurs de la Thèse

{	MM. LAGRANGE, professeur	Président
	VILLAR, professeur	Juges.
	DUVERGEY, agrégé.....	
	TEULIÈRES, agrégé	

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'Enseignement médical.

BORDEAUX

IMPRIMERIE J. BIÈRE

18-20, Rue du Peugue, 18-20

1921

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. SIGALAS..... Doyen.

PROFESSEURS

MM. LANELONGUE, BADAL, JOLYET, PITRES, GUILLAUD. Professeurs honoraire

	MM.		MM.
Clinique interne	ARNOZAN.	Pharmacie	DUPOUY.
	CASSAET.	Zoologie et parasitologie..	MANDOUL.
Clinique externe	CHAVANNAZ.	Médecine expérimentale..	FERRE
	VILLAR.	Clinique ophtalmologique..	LAGRANGE.
Pathologie et thérapeuti-	CRUCHET.	Clinique chirurgicale, in-	
que générales.....	RIVIERE.	fantile. Orthopédie	DENUCE.
Clinique d'accouchements.	SABRAZES.	Clinique gynécologique...	BEGOUIN.
Anatomie Pathologique...	PIQUE.	Clinique médicale des ma-	
Anatomie		ladies des enfants.....	MOUSSOUS
Anatomie générale et his-	G. DUBREUIL.	Chimie biologique.....	DENIGES.
tologie	PACHON.	Physique pharmaceutique.	SIGALAS.
Physiologie	AUCHE.	Pathologie exotique.....	LE DANTEC
Hygiène	VERGER.	Clinique des maladies cuta-	
Médecine légale		nées et syphilitiques...	W. DUBREUILH
Physique biologique * et	BERGONIÉ.	Clinique des maladies des	
d'électricité médicale...	CHELLE.	voies urinaires.....	POUSSON.
Chimie	BEILLE.	Clinique psychiatrique...	ABADIE.
Botanique et matière mé-		Clinique d'Oto-rhino-laryngologie.	MOURE.
dicale.....		Toxicologie.....	BARTHE.
			M. PRINCETEAU.

AGRÉGÉS EN EXERCICE

	MM.		MM.
Anatomie et embryologie.	N...		{ LEURET.
Histologie.....	LACOSTE, chargé.	Médecine générale.....	{ DUPERIE.
Physiologie.....	DELAUNAY.		{ CREYX.
Anatomie pathologique.....	MURATET.		{ N...
Parasitologie et Sciences	R, SIGALAS, chargé.	Maladies mentales.....	{ PERRENS.
naturelles.....	N...	Médecine légale.....	{ LANDE.
Physique biologique et			{ GUYOT.
médicale.....	RECHOU.	Chirurgie générale.....	{ ROCHER.
Chimie biologique et médi-			{ DUVERGER.
cale.....	N...		{ PAPIN.
	{ PETGES.	Obstétrique.....	{ PERY.
Médecine générale.....	{ CARLES.	Ophtalmologie.....	{ FAUGERE.
	{ MAURIAC.	Pharmacie.....	{ TEULIERES.
			{ LABAT.

CHARGÉS DE COURS

Cours de clinique dentaire	MM. CAVALIÉ
— complémentaire de thérapeutique et pharmacologie	CARLES
— de médecine opératoire	VENOT
— d'accouchements	PERY.
— d'ophtalmologie	CABANNES.
— de puériculture	ANDÉRODIAS.
— de climatologie et hydrologie médicale	SELLIER.
— de démonstrations et de préparations pharmaceutiques	LABAT.
— de vénéréologie	PETGES.
— de pathologie interne	GUYOT.
— de pathologie externe	MAURIAC.
— d'orthopédie chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes annexes de prothèse et rééducation professio ¹¹ •	ROCHER.
—	GOURDON.

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.

A CEUX DE MES PARENTS

qui ne sont plus, pieux souvenir.

A MON GRAND PÈRE

LÉON VICEL

A MA MÈRE

A MON PÈRE

COMMISSAIRE GÉNÉRAL DE LA MARINE

OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

OFFICIER D'ACADÉMIE.

A MON FRÈRE

COMMISSAIRE DE 1^{re} CLASSE DE LA MARINE

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

A MES AMIS

A MES PROFESSEURS DE L'ÉCOLE
ANNEXE DE MÉDECINE NAVALE DE TOULON

ET EN PARTICULIER A

MONSIEUR LE DOCTEUR JEAN
MÉDECIN DE 1^{re} CLASSE DE LA MARINE
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

A MONSIEUR LE DOCTEUR SANTELLI
MEDECIN EN CHEF DE 1^{re} CLASSE DE LA MARINE EN R.
OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

A MES ANCIENS, A MES COLLÈGUES
MORTS AU CHAMP D'HONNEUR

A MES CHEFS ET A MES PROFESSEURS
DE LA FACULTÉ ET DE L'ÉCOLE DE SANTÉ
NAVALE DE BORDEAUX

A MONSIEUR LE DOCTEUR BELLOT

MÉDECIN GÉNÉRAL DE 1^{re} CLASSE DE LA MARINE
DIRECTEUR DE L'ÉCOLE PRINCIPALE DE SERVICE DE SANTÉ
DE LA MARINE ET DES COLONIES
COMMANDEUR DE LA LÉGION D'HONNEUR
OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

A MONSIEUR LE DOCTEUR AURÉGAN

MÉDECIN EN CHEF DE 2^e CLASSE DE LA MARINE
SOUS-DIRECTEUR DE L'ÉCOLE PRINCIPALE DU SERVICE
DE SANTÉ NAVALE
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ RECHOU

A MONSIEUR LE DOCTEUR BEAUVIEUX

A MONSIEUR LE DOCTEUR PESME

CHEF DE CLINIQUE OPHTALMOLOGIQUE

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ TEULIÈRES

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE DOCTEUR LAGRANGE

PROFESSEUR DE CLINIQUE OPHTALMOLOGIQUE A LA FACULTÉ
DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX
MEMBRE ASSOCIÉ DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR
OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

AVANT-PROPOS

Au moment de terminer nos études médicales, interrompues de l'année 1914 jusqu'à l'année 1919, par la Grande Guerre, nous adressons à nos maîtres de la Faculté de Bordeaux et à nos professeurs des Ecoles de Médecine Navale l'expression de notre reconnaissance pour les enseignements précieux qu'ils nous ont prodigués.

Notre gratitude va, tout spécialement, à ceux qui ont bien voulu s'intéresser à notre travail.

Nous remercions, M. le Dr Beauvieux, ophtalmologiste des hôpitaux, qui nous accueillit dans son laboratoire et nous a fournis les éléments anatomo-pathologiques principaux de cette étude; M. le Dr Pesme, chef de clinique ophtalmologique qui nous guida de ses conseils et M. le Pr agrégé Rechou qui voulut bien nous donner des indications précieuses sur la question encore à l'étude du traitement radioradiumthérapique des cancers.

Que M. le professeur Lagrange, qui nous a fait l'honneur de nous confier cette thèse et d'en accepter la présidence, veuille bien accepter nos respectueux remerciements. Nous serions heureux, si notre modeste travail pouvait lui être agréable.

INTRODUCTION

C'est en 1900 que le professeur Lagrange, un des premiers, attirait l'attention du monde médical sur la pénétration intra-oculaire des tumeurs malignes de l'orbite.

Depuis longtemps on connaissait la fréquence de la localisation des néoplasmes au niveau de l'organe de la vision, mais beaucoup croyaient que, si les tumeurs intra-oculaires sortaient facilement du globe, les tumeurs extra-oculaires, par contre n'y rentraient jamais.

Le remarquable traité des tumeurs de l'œil, de l'orbite et de ses annexes du professeur Lagrange a mis en lumière, au milieu des cas très nombreux de tumeurs malignes de l'œil, ceux dans lesquels la tumeur devenait pénétrante, parce que la coque fibreuse de l'organe était insuffisante pour lutter contre le processus néoplasique.

Le professeur Lagrange a montré, de plus, que cette pénétration se faisait par le limbe scléro-cornéen.

Depuis ces travaux, si complets, sur la question, la réalité de la pénétration des tumeurs malignes dans l'intérieur du bulbe oculaire est admise par tous et cependant, on est étonné, en consultant la littérature médicale, de voir combien peu de cas bien caractérisés de ce genre, ont été publiés jusqu'à ce jour.

Nous désirons, avec l'aide de quelques observations, apporter des éléments nouveaux prouvant :

1° Que les néoplasmes de l'orbite émanant de la paupière ou de la conjonctive, sont susceptibles de devenir secondairement intra-oculaires;

2^o Que, en face de ces tumeurs, le clinicien doit se méfier des propagations précoces, par voie lymphatique ou par voie de contiguïté.

3^o Que la connaissance exacte de l'anatomie pathologique de la lésion est utile pour choisir le mode d'intervention le plus approprié à la situation et éviter de conserver un globe oculaire dont la présence causera des désastres irréparables.

C'est sur l'anatomie pathologique que nous désirons insister à la faveur de trois cas où nous avons pu suivre et surprendre, pour ainsi dire, l'infiltration insidieuse des éléments néoplasiques. Des microphotographies ont permis de fixer par l'image les préparations les plus caractéristiques de cet envahissement progressif de la coque protectrice par le tissu tumoral.

Tout d'abord, dans ce travail, nous jetterons un coup d'œil rapide sur l'historique de la question : nous entendons par là sur les cas, décrits par les auteurs, dans lesquels une tumeur maligne de la paupière ou de la conjonctive pénètre plus ou moins profondément dans l'intérieur du globe oculaire.

Nous exposerons alors les cas nouveaux recueillis.

Ayant ainsi réuni les observations parvenues à notre connaissance nous les étudierons au point de vue anatomo-pathologique. Nous nous attacherons spécialement à décrire le mode de pénétration du néoplasme tel que le conçoivent les auteurs et tel que nous avons pu le constater.

Après ces considérations anatomo-pathologiques, dans un dernier chapitre, nous dirons quelques mots de l'étiologie, de la symptomatologie, du pronostic et du traitement des tumeurs malignes de la conjonctive et de la paupière en nous efforçant de faire ressortir l'importance des connaissances anatomo-pathologiques pour la conduite à suivre par le chirurgien.

CHAPITRE PREMIER

Historique

Les tumeurs malignes de l'œil sont fréquentes, nous ne nous occuperons que des tumeurs de la paupière et de la conjonctive pour ne relever parmi les cas publiés que ceux dans lesquels la propagation s'est faite plus ou moins profondément vers l'intérieur du globe oculaire.

§ I. TUMEURS DE LA CONJONCTIVE BULBAIRE

Variété Sarcome. — On trouve deux cas de mélando-sarcome rapportés par Baumgarten, à point de départ probable dans les corpuscules du tissu sous-conjonctival. Panas parle d'une masse adhérent à la cornée et à la conjonctive... intimement confondue avec la conjonctive.

Parmi les neuf cas de Putiata Kerchbaumer, deux seulement, sont remarquables par la pénétration de la tumeur dans l'œil à travers le limbe scléro-cornéen.

Variété épithélioma. — Remak cite le cas d'un épithélioma ayant déterminé une perforation au niveau du limbe.

Hirschberg et Holmes (de Chicago) rapportent chacun un cas dans lequel la pénétration n'est pas douteuse. Remak et Basevi en rapportent deux autres : dans celui de Basevi la pénétration n'est pas complète: elle s'est faite de la conjonctive à la cornée le long de l'épithélium et les membranes

fibreuses ont fait obstacle à la pénétration dans l'intérieur du bulbe des éléments spécifiques.

Casper parle d'un homme de 48 ans atteint d'épithéliome : la coupe du bulbe montra que la soudure cornéenne était disjointe par un prolongement de la tumeur qui s'enfonçait dans l'intérieur de l'œil.

Ces quelques cas ne sont pas appuyés d'observations anatomo-pathologiques précises et il faut attendre 1901 pour rencontrer avec les travaux du professeur Lagrange une analyse anatomo-pathologique microscopique détaillée appuyant des cas de pénétration intra-oculaire non douteuse.

Voici ces cas :

Observations anciennes

Observation ancienne I (abrégée).

Lagrange, *Traité des tumeurs*, 5^{me} cas.

Epithélioma du limbe scléro-cornéen. Envahissement de l'œil au niveau de l'angle de filtration. Enucléation.

Mme X., 50 ans, sans profession, a vu se développer il y a trois ans, sur son œil droit, une tumeur qui s'est de bonne heure ulcérée et de laquelle s'écoule depuis longtemps une sanie purulente mélangée de sang.

... Cette tumeur se présente sous la forme d'un chou-fleur occupant la partie externe du globe oculaire et remplissant complètement la fente palpébrale. La cornée apparaît encore saine en bas et en dedans. La vision est encore assez bonne... l'examen démontre que la cavité est saine... Il s'agit d'une tumeur épibulbaire à cheval sur le limbe scléro-cornéen.

... Nous n'hésitons pas à proposer à notre malade une intervention radicale et l'enucléation est pratiquée le 15 novembre 1892.

Description macroscopique (résumé). — Il s'agit d'une tumeur du

volume d'une noisette, ulcérée, adhérente au niveau du limbe scléro-cornéen et du segment externe de la cornée.

(Nous renvoyons au chapitre III l'étude de l'examen microscopique afin de grouper les différents examens microscopiques).

Observation ancienne II (abrégée).

Lagrange, *Traité des tumeurs*, 6^e cas.

Epithélioma du limbe scléro-cornéen. Pénétration dans le limbe.

La femme B., âgée de 65 ans, habitant la campagne se présente le 4 juin 1894, dans le service d'ophtalmologie du D^r Lagrange, venant réclamer ses soins pour une affection oculaire qui a débuté il y a quelque temps mais dont les progrès croissants ont, seulement depuis quelques jours, porté atteinte à la vision. .

Les antécédents héréditaires ne nous apprennent pas grand'chose.

Notons, toutefois, une sœur de sa mère avait la figure couverte de croûtes, très probablement épithéliomateuses.

... La malade accuse nettement avoir reçu, il y a six ans, un violent coup sur l'œil droit. A la suite de ce traumatisme, cet œil s'est injecté de sang, est devenu larmoyant douloureux, pendant quelques jours; tous ces symptômes se sont vite amendés et trois semaines après, il n'en restait, dit-elle, plus de trace.

Les conséquences de ce traumatisme avaient donc disparu depuis longtemps, lorsqu'il y a deux ans, sans cause connue et appréciable, la malade a commencé à souffrir de l'œil droit, rougeur, larmoiement, douleurs et surtout démangeaisons vives, la forçant à se frotter constamment les paupières. Ces seuls symptômes signalés au début n'ont, depuis cette époque, jamais totalement disparu.

La malade n'a point été obligée de se reposer, ni même de cesser son travail. Il y a deux mois une excroissance épaisse qu'elle découvre sur son œil droit depuis plusieurs jours, et, de plus, quelques troubles de la vision, apparaissent de ce côté, l'obligent à voir un médecin. Celui-ci constate une petite tumeur qui donnait lieu à une abondante sécrétion muco-purulente et très souvent sanieuse. Jusqu'à ce moment les souffrances éprouvées par la malade se réduisaient simplement à la sensation désagréable d'un corps étranger roulant sous la pau-

pière, lorsqu'il y a trois semaines environ elle commença à ressentir des douleurs incessantes très vives qui, partant du globe oculaire, s'irradiaient dans tout le côté correspondant de la tête et dont les paroxysmes en étaient arrivés à empêcher chez elle tout sommeil et tout repos. Ces douleurs, l'accroissement plus rapide de la tumeur, décidèrent la femme B... à se rendre à Bordeaux pour consulter un spécialiste, et c'est à cette époque que nous avons l'occasion de la voir. Elle se présente à nous avec un aspect local extérieur pouvant faire songer tout d'abord à un phlegmon de l'œil; en effet, les paupières, très œdématisées sont rouges, luisantes; constamment fermées elles paraissent à peine pouvoir recouvrir le globe oculaire, et de plus elles livrent passage à une abondante sécrétion muco-purulente.

Mais la paupière supérieure relevée à l'aide d'un écarteur, nous pouvons alors constater à la partie supéro-interne de l'œil, une tumeur de la grandeur d'une pièce de un franc, ayant déjà commencé à envahir une petite portion de la cornée, mais s'étendant principalement sur le limbe scléro-cornéen et un peu en arrière de cette région. Cette tumeur arrondie, ulcérée, se présente sous un aspect plutôt papillaire que végétant. Ses bords indurés, blanchâtres, forment un bourrelet assez élevé au-dessus du centre de la tumeur, creusé en cupule, circulaire, d'aspect noirâtre et où stagne une sanie purulente.

La tumeur qui n'offre pas la moindre mobilité sur les parties sous-jacentes, paraît bien limitée à ce point bulbaire, car les autres parties de la conjonctive ne présentent rien d'anormal en dehors d'une congestion intense due à l'irritation du néoplasme.

La cornée apparaît encore saine en bas et en dehors, dans les trois quarts de son étendue, la vision n'est pas encore abolie car la malade compte encore très bien les doigts à un mètre.

Rien à signaler du côté du système ganglionnaire. La malade ne présente pas la moindre ulcération en croûte épithéliomateuse sur les paupières ou le visage.

La femme B... accepte l'intervention qui lui est proposée et, séance tenante, on procède à l'énucléation de l'œil atteint, en ayant bien soin d'exciser largement la conjonctive autour de la tumeur. L'opération ne donna lieu à aucun incident, les suites furent des plus simples et quatre jours après la malade quittait la clinique pour rentrer dans son village.

Description macroscopique. — L'œil énucléé présente une coque intacte dans toutes ses parties sauf dans la région occupée par le néoplasme.

Le néoplasme a le volume d'une petite amande, irrégulière, affectant vaguement la forme d'un quadrilatère. Cette tumeur siège exactement au niveau du limbe, en s'avancant sur la cornée de trois millimètres et en arrière sur la sclérotique d'une longueur quatre fois plus étendue, mais point très particulier et très important, sur la cornée et sur la sclérotique la tumeur repose simplement sans contracter d'adhérences solides, ailleurs qu'au limbe et à son voisinage très immédiat, c'est-à-dire dans une région très circonscrite. A ce niveau la tumeur est pédiculée.

Nous pratiquons une section méridienne divisant le néoplasme en deux parties égales.

On voit qu'une partie du néoplasme avait envahi l'intérieur de l'œil, une petite tumeur ovoïde arrondie proémine au niveau du limbe, contre l'équateur du cristallin et dans le corps vitré.

La coupe du néoplasme dans ces deux parties intra et extra oculaires est lisse, unie, régulière, pâle, la substance en est, en apparence au moins, uniformément compacte. La partie interne de la tumeur a repoussé le cristallin mais elle a surtout fait sa place aux dépens du corps vitré. La tumeur n'a donc pas envahi la chambre antérieure, bien qu'elle soit entrée dans l'œil au niveau de la soudure scléro-cornéenne, elle a été arrêtée par le tendon du muscle ciliaire dont l'insertion, sur l'anneau tendineux de la cornée a résisté ; glissant ensuite entre le muscle ciliaire et la sclérotique, le néoplasme s'est engagé vers la région équatoriale dans le corps vitré en décollant la choroïde.

(Pour plus de clarté nous croyons devoir reporter l'examen microscopique décrit dans la suite de cette observation au chapitre III).

Observation ancienne III (abrégée).

Epithélioma de la conjonctive bulbaire (Delord et Revel. *Annales d'oculistique* 1909, p. 432 obs. I).

R. B... garde forestier, 52 ans. Entre à l'hôpital le 22 juin 1908. Les antécédents n'offrent rien de particulier.

... Il y a environ un an dit s'être piqué à l'œil gauche au cours d'une promenade dans les bois. A la suite de cette piqûre de la rougeur est survenue en dedans de la cornée «sur le blanc de l'œil» et quelque temps après, à ce même endroit, une grosseur pour laquelle le malade est venu à Nîmes nous demander une consultation.

A ce moment, on constatait une petite tumeur de la grosseur d'un pois, située à égale distance de la caroncule et de la cornée, bien limitée et mobile sur les plans profonds. Pas de douleurs, pas de larmoiement, ni de photophobie. La vision était bonne. Le malade refusa l'ablation.

Actuellement, c'est-à-dire six mois après sa première visite R. B. revient à notre consultation.

... A un premier examen on constate que les paupières sont extérieurement saines (Examen du côté gauche.)

L'occlusion se fait bien. La conjonctive est normale, le cul de sac supérieur aussi.

Le cul de sac inférieur est boursoufflé et comme comblé par un tissu néoformé; quant à la conjonctive bulbaire elle est le siège d'une tumeur. Cette tumeur, d'aspect rouge, présente deux parties : celle formant la tumeur proprement dite d'une part et d'autres part ses prolongements.

... Il résulte (de l'examen) que le processus néoformatif a légèrement envahi en étendue tout le pourtour de la cornée, sauf la partie externe de celle-ci, sur une hauteur d'un demi-centimètre. Les deux prolongements externes de la tumeur qui ont tourné la cornée par en haut et par en bas ne se sont pas rejoints. Le limbe scléro-cornéen est donc macroscopiquement envahi sur les 8/10^e de son pourtour. Le centre de la cornée normal; pupille, iris, chambre antérieure le sont aussi.

Après biopsie nous faisons le diagnostic de : épithélioma malpighien.

Traitement : Exentération de l'orbite.

... Un an après l'état local se maintient parfait.

Description macroscopique de l'œil enlevé. — ... La tumeur est beaucoup plus étendue que nous ne l'avions pensé au seul examen clinique. Elle est, en effet, exactement située en dedans de la cornée avec un prolongement en haut au-dessus de cette membrane et un deuxième au-dessous qui s'étend en augmentant considérablement de volume

sous l'hémisphère inférieur du globe oculaire jusqu'au nerf optique et sur les côtés sur toute la longueur de cet hémisphère.

... Sur une coupe de l'œil passant par le méridien vertical de la cornée, le néoplasme nous apparaît sous la forme d'une masse semi-sphérique, en forme de croissant, qui enveloppe la demi circonférence inférieure des membranes de l'œil.

En résumé nous pouvons dire que la tumeur a débuté entre la cornée et l'angle interne de l'œil. Elle a ensuite envahi la région du limbe scléro-cornéen sur la plus grande partie de son étendue, puis s'est portée sur la face inférieure de l'œil où elle a atteint un développement relativement énorme.

(Comme pour les observations précédentes nous croyons utile de reporter l'examen microscopique au chapitre III).

Observation ancienne IV

Epithélioma de la conjonctive bulbaire (abrégé). (Delord et Revel *Annales d'oculistique* 1909 page 437, observation II)

M. C., 80 ans est en très bonne santé malgré son âge. Pas de traumatisme dans les antécédents. L'affection a débuté de façon spontanée.

A l'examen l'œil gauche présente en effet au niveau du limbe scléro cornéen, sur sa partie interne une tuméfaction légère avec une rougeur marquée du côté de la sclérotique. Le reste de la conjonctive est normal. Rien à la cornée, la pupille est contractile. Le fond de l'œil est normal ainsi que l'acuité visuelle.

Le diagnostic de la nature de cette lésion est hésitant. Celle-ci ressemble à une sclérite boutonneuse, mais il est difficile à ce moment de préciser davantage. Le malade rentre chez-lui.

Il nous revient quinze jours après avec de grandes douleurs et un entropion spasmodique de la paupière inférieure. L'aspect de l'œil est à peu près le même que précédemment sauf que la rougeur s'est généralisée à toute la partie inférieure de la conjonctive bulbaire.

Nous lui conseillons de rentrer à notre clinique.

Dès le lendemain nous appliquons les sutures en anse de Gail-lard pour corriger l'entropion spasmodique et nous examinons de plus près l'œil malade.

Au cours d'une cautérisation du sommet de la tuméfaction scléro cornéenne, nous remarquons une dureté particulière de cette partie de la conjonctive et nous songeons à la possibilité d'un épithélioma. Une biopsie pratiquée sur le champ confirme peu de jours après ce diagnostic.

Les jours suivants le malade éprouve des douleurs de plus en plus vives qui nous obligent à prendre une détermination rapide. L'énucléation conseillée est acceptée par le malade et pratiquée le 10 août 1908 avec large ablation de la conjonctive bulbaire.

A ce moment, environ un mois après le premier examen, l'épithélioma avait franchement gagné les parties périphériques de la cornée, en dedans, en haut et en bas, suivant dans ces différentes parties le limbe scléro cornéen.

La partie centrale de la cornée était intacte, les milieux de l'œil éclairables, la rétine normale et l'acuité visuelle égale à 1/3.

Les suites opératoires furent très simples,

Actuellement, un an après l'intervention, notre ancien opéré ne présente aucune trace de récurrence.

Examen macroscopique de l'œil énucléé.

L'œil est normal comme volume, forme et consistance.

La tumeur ne s'étend pas au delà des limites fixées par l'examen clinique. Elle est très dure au toucher dans toute son étendue et peu mobilisable sur les plans profonds.

Le processus néoplasmatique s'est développé sur la cornée et sur la sclérotique. D'une épaisseur de deux à trois millimètres, il recouvre le limbe scléro cornéen et s'étend de part et d'autre sur la cornée et surtout sur la sclérotique où siège la partie principale du néoplasme.

Mais au niveau du limbe qui correspond à l'angle irido cornéen la tumeur présente une légère augmentation d'épaisseur. On dirait que l'effort de l'envahissement cancéreux a voulu plus particulièrement se porter sur ce point faible.

En effet, tandis que les membranes de l'œil sont manifestement intactes sur toute leur étendue, en ce point précis elles sont épaissies, comme soudées à l'extérieur avec la tumeur, tandis qu'en dedans, au niveau de l'angle irido cornéen il apparaît une masse néoformée du volume d'une grosse tête d'épingle.

La tumeur a pénétré, semble-t-il, de dehors en dedans, à travers la coque fibreuse du globe oculaire.

(Comme précédemment nous renvoyons au chapitre III l'examen microscopique).

Les épithéliomas de la cornée, a écrit le professeur Lagrange sont une rareté clinique. Certains auteurs ont décrit comme tumeurs malignes de la cornée des néoplasmes ayant leur point d'origine dans la conjonctive bulbaire. Aux observations précédentes nous ajoutons le cas suivant d'épithélioma d'origine conjonctivale décrit comme épithélioma de la cornée.

Observation ancienne V

Epithélioma de la cornée (Victor Britto. *Archives d'ophtalmologie*, 1904, p. 137).

M.F., 37 ans entre dans mon service de la maison de santé de Porto Alègre le 6 août 1902.

Antécédents. Il y a environ six ans, M. F. consulta un spécialiste pour une petite « excroissance rose » située sur la partie interne du globe à droite tout près du bord cornéen. On lui dit qu'il s'agissait d'une affection insignifiante pour laquelle une intervention était nécessaire.

Celle ci pouvant être ajournée à quelques mois, le patient ne s'occupa plus de son œil jusqu'au jour où quelqu'un lui fit voir que la petite excroissance grossissait; quelque temps après, la petite tumeur commença à gêner la vue, l'œil devenait rouge et larmoyant, surtout quand il s'exposait à la poussière et aux rayons du soleil. Depuis lors la tumeur continua à faire des progrès du côté de la cornée, non seulement en étendue mais en épaisseur. L'invasion néoplasique s'est arrêtée depuis environ un an à toute la surface de cette membrane, le développement du néoplasme continuant à se

faire en avant. Les douleurs, faibles au commencement sont devenues très intenses dans les derniers mois.

Etat actuel. Œil droit. Tumeur de volume d'une grosse amande, de forme sphérique, implantée sur toute la surface de la cornée, à laquelle elle adhère solidement, ses limites dépassent dans tous les sens le limbe scléro-cornéen; surtout du côté nasal, où le point d'origine de la néoplasie est situé à quelques millimètres au delà du même limbe.

La tumeur fait saillie entre les paupières. La conjonctive enflammée, est le siège d'une sécrétion muco purulente peu abondante. L'œil est très douloureux à la pression. La mobilité de la conjonctive bulbaire est parfaite partout, excepté en dedans, à la partie voisine du néoplasme, où cette membrane, d'un rouge plus foncé adhère à la sclérotique.

Le diagnostic de tumeur maligne me paraissant hors de doute, j'indique l'énucléation comme opération d'urgence. Le lendemain l'opération est pratiquée dans les conditions absolument normales.

Les suites opératoires furent on ne peut plus satisfaisantes.

Examen de la pièce pathologique (résumé).

... Intégrité du cristallin et de l'humeur vitrée.

Aux cinq cas que nous venons de rapporter ajoutons celui d'un épithéliome décrit comme tumeur de la sclérotique et dont le point d'origine est la conjonctive bulbaire.

Observation ancienne VI

(Lagrange Traité des Tumeurs 2^e cas abrégé).

Epithélioma pavimenteux de la sclérotique et de la cornée ayant envahi les parties profondes à travers le limbe.

Mme C., sans profession. Développement de l'affection dans les conditions suivantes : Il y a quinze mois, sans cause connue, l'œil gauche est devenu rouge, douloureux, et peu à peu une tumeur s'est développée, qui, depuis n'a pas cessé de grossir.

Depuis trois mois la vision est complètement abolie. Ulcération occupant la presque totalité de l'hémisphère antérieur de l'œil, un bourrelet représente ce qui reste de la tumeur dévorée par l'ulcération. Non seulement la cornée est en apparence infiltrée mais la chambre antérieure est remplie.

L'œil est énucléé en ayant soin d'inciser la conjonctive aussi loin que possible de l'ulcération, de façon à enlever tout le mal.

Examen anatomique. — L'œil n'est pas envahi dans son hémisphère postérieur. Les désordres portent sur la conjonctive bulbaire, la cornée, la sclérotique et l'iris.

§ II. TUMEURS DES PAUPIÈRES

Variété Sarcome. — Le globe, dit le professeur Lagrange dans son traité des tumeurs, résiste longtemps aux atteintes du néoplasme. Le seul cas publié, qui se rapporte à notre sujet, l'a été par le professeur Lagrange (in *Trailé des tumeurs*).

Il s'agit d'un sarcome qui s'est propagé au niveau du limbe.

Le voici :

M. C..., 52 ans, domestique, entre le 7 mars 1900, à l'hôpital Saint-André pour une volumineuse tumeur de la paupière supérieure de l'œil gauche. Les antécédents ne présentent rien de particulier; l'affection s'est développée spontanément, sans aucun traumatisme occasionnel. Son début remonte au printemps 1899. Elle a remarqué à la même époque une petite masse noirâtre sur la conjonctive bulbaire et une augmentation de volume de la paupière, qui devint, en quelques mois très épaisse, et commença à saigner, il y a environ deux mois. Depuis le mois de juillet 1900 il s'écoula constamment et abondamment une sanie roussâtre et purulente. Le 17 mars, au moment de notre examen, nous constatons que tout le cul-de-sac supérieur de la conjonctive est envahi par un néoplasme bourgeonnant, d'un aspect sanieux, noirâtre, ce néoplasme se propage sur la conjonctive bulbaire, au dessus de la cornée, et là au niveau du limbe un bourgeon plus volumineux que les autres s'est développé et recouvre la cornée.

(L'examen histologique démontra qu'il n'y avait pas de pénétration dans l'intérieur du globe).

Variété épilhélioma. — Malgré la très grande fréquence des épithéliomas de la paupière et la grande tendance de cette tumeur à envahir l'orbite nous n'avons pu découvrir aucun cas de pénétration intra-oculaire.

Sur 24 observations apportées par le Dr Guillemet (*in* thèse de Paris sur certaines formes des tumeurs malignes des paupières 1901-1902) il n'est nulle part question d'une tumeur pénétrant dans l'œil.

CHAPITRE II

Observations nouvelles

Observation I (*Personnelle*).

Epithélioma pavimenteux lubulé à globes épidermiques de la conjonctive bulbaire.

B..., Augustin cultivateur à Marsillac (Gironde), âgé de 51 ans. Homme de santé robuste. Ce malade eut une conjonctivite à allure banale vers la fin de 1916 et c'est à cette époque qu'il fait remonter le début de son affection actuelle.

En février 1917 il vit, dit-il, apparaître « un bouton juste sur le blanc de l'œil ».

Etant mobilisé il vient consulter à Bordeaux : on constate à ce moment l'existence d'une petite tumeur au niveau du limbe du côté droit mais à cette époque, B... est envoyé brusquement dans la région de Verdun et on le perd de vue jusqu'en décembre 1919. Pendant toute cette période la tumeur augmente constamment de volume tout en restant indolore. La vision est peu gênée. Ces deux particularités : indolence et absence de troubles visuels expliquent pourquoi le malade a laissé progresser pendant si longtemps son affection sans demander une intervention médicale.

Brusquement en décembre 1919 se produit une perte totale de la vision-perforation du globe, hémorragies avec douleurs atroces. B... entre à l'hôpital.

Le 15 juillet 1920 on intervient :

Opération. — Exentération réduite de l'orbite.

Suites de l'opération normales : cicatrisation rapide. Le malade démobilisé, rentre chez lui.

Les suites lointaines de cette intervention ne sont pas connues car B... est décédé en février 1921 d'une affection intercurrente.

Les renseignements que nous avons pu avoir par la famille nous permettent de dire que, très vraisemblablement, il n'y avait aucune trace de récédive du cancer quand la mort est survenue.

Examen macroscopique de la tumeur. — Après énucléation l'œil est inclus à la celloidine. Fixation préalable avec la solution de formol à 10 %.

L'œil, de volume normal partout ailleurs, est augmenté dans la région de son pôle antérieur.

Le néoplasme siège sur la partie supéro-externe de la conjonctive bulbaire. Cette tumeur, de la taille, environ, d'une grosse amande envoie deux prolongements vers le limbe : l'un en haut, l'autre en bas.

On pratique une section selon le méridien vertical et on remarque la pénétration du néoplasme en deux endroits à l'intérieur du globe.

Au niveau du limbe scléro-cornéen existent deux nodules épithéliomateux. Le nodule situé au niveau de la partie supérieure du limbe est plus volumineux que celui qui est placé au niveau de la partie inférieure. La coloration de ces masses cancéreuses est gris-blanchâtre, à leur intérieur on distingue avec peine la sclérotique dégénérée. Le nodule inférieur, petit, rond, pénètre à travers la coque de l'œil au niveau du limbe scléro-cornéen.

La rétine paraît décollée par le néoplasme et par un exsudat sous rétinien. Le corps vitré, dégénéré, a un aspect gris jaunâtre. (Comme précédemment nous reportons au chapitre III l'examen microscopique.

Observation II (Personnelle).

Epithélioma pavimenteux tubulé conjonctivo-palpébral. Pénétration.

D... cultivateur, aux Chateliers, commune de Roulet (Charente) âgé de 53 ans. Aucun renseignement intéressant sur les antécédents héréditaires.

Sans avoir fait de maladie grave cet homme paraît peu robuste. En 1889 il a été ajourné pour « faiblesse de constitution » puis pendant le cours de la guerre 1914-1918 il fut versé dans le service auxiliaire.

D..., était fréquemment sujet à des troubles de l'œil droit consistant en rougeur, photophobie et larmolement (probablement il s'agissait de poussées de conjonctivite). « Les changements de température » nous dit-il, « provoquaient du picotement dans l'œil droit qui se mettait à pleurer ». L'œil gauche ne participait jamais à ces troubles et restait parfaitement sain.

Vers 1913 le malade se rend compte que pendant les poussées de conjonctivite son œil droit laisse couler du pus. (Conjonctivite catarrhale) (?).

En 1914, D..., âgé alors de 46 ans est appelé à passer une visite médicale d'incorporation. Il appelle l'attention du Service de Santé sur ses troubles oculaires mais on ne tient pas compte de ses plaintes et il est versé dans le service armé.

En 1915 il est affecté aux G. V. C. (à cause de son âge et non à cause de sa maladie). Envoyé d'abord dans le Nord, puis dans l'Yonne. Versé à ce moment là dans le service auxiliaire.

Au printemps 1917 il obtient un sursis comme cultivateur. Revenu chez lui il consulte le docteur D..., mobilisé alors à Angoulême. Le mal n'avait fait que progresser. « La paupière, dit D., était devenue excessivement rouge et une membrane s'avancait sur la cornée menaçant de couvrir l'œil en entier. »

Le docteur D... pratique alors une opération sur la nature de laquelle le malade n'est pas très explicite mais qui consista au moins en cautérisations. L'opéré se croit guéri mais la lésion fait encore des progrès et de nouvelles cautérisations sont nécessaires. Pas d'amélioration notable et le patient, découragé, cesse tout traitement. La vue diminue insensiblement sans la moindre douleur.

A cette époque l'écoulement purulent (dont nous avons signalé précédemment l'existence depuis 1913) cesse brusquement mais la paupière inférieure se met à enfler. C'est alors seulement que le malade se rend compte de l'existence d'une tumeur indolente. Il se

décide à consulter le professeur Lagrange. Il se présente à nous dans l'état suivant :

(Œil gauche sain. Vue normale.

(Œil droit :

Les paupières sont gonflées, très augmentées de volume surtout la paupière inférieure.

Ouverture spontanée de l'œil impossible. Quand on pratique l'ouverture forcée on se rend compte que c'est bien la paupière inférieure qui est le siège principal de l'infiltration. La fente palpébrale est réduite à néant. La masse néoplasique occupe les culs-de-sac supérieur, inférieur et latéral externe. La prolifération s'étend sur la cornée qui est recouverte en entier. Le néoplasme, volumineux, dépasse les limites de la cornée, le limbe scléro cornéen et empiète sur la sclérotique. Ses prolongements dépassent latéralement la zone dont l'exploration clinique est possible et s'avancent sur le globe en incluant les paupières qui sont comprises dans la tumeur. Pas d'exophtalmie.

La masse tumorale est rougeâtre, très dure, fortement adhérente à sa base qui est très large. Une sécrétion sanguinolente et purulente s'écoule de la masse cancéreuse. La pression fait sourdre du pus de l'angle interne de l'œil. En somme le segment antérieur de l'œil et la paupière sont enchassés dans le néoplasme. Pas d'adénite.

Opération pratiquée le 17 décembre 1920 par le professeur Lagrange à la clinique Saint-Augustin.

Elle a consisté en ceci :

Injection intra orbitaire d'allocaine pour anesthésie retro-bulbaire (environ 5 cc.) puis injection sous la peau. Deux incisions circulaires une supérieure, l'autre inférieure. Décollement au doigt. Exentération orbitaire réduite. Suture des moignons palpébraux.

Guéri assez rapidement le malade pouvait se croire hors de danger. Mais, quelques mois plus tard, en 1921, apparut une adénite du côté de l'oreille droite et les paupières présentèrent de nouveau du gonflement. C'était une récidive.

D... revient consulter le professeur Lagrange.

Il entre à l'hôpital et suit dans le service du professeur Bergonié un traitement radiothérapique. (Septembre 1921).

Au bout de deux séances le malade estime « que les résultats ne sont pas assez appréciables », se fatigue du traitement et le cesse.

Depuis le 11 septembre l'état de l'ancien opéré est stationnaire. Actuellement (novembre 1921) il souffre peu et accuse seulement du côté droit de la tête une sensation d'engourdissement.

Par moments écoulement sanguino-purulent ayant pour point de départ la récidue sur la cicatrice.

Les ganglions hypertrophiés témoignent de la métastase qui s'est produite.

Le cas est aujourd'hui inopérable.

Examen macroscopique de la tumeur. — Il s'agit d'une tumeur développée aux dépens de la paupière supérieure; tumeur qui a envahi la conjonctive bulbaire, la cornée et même le cul de sac inférieur et la paupière inférieure.

La tumeur est dure, gris rougeâtre, avec quelques foyers hémorragiques de consistance demi-dure. On fait dans le diamètre médian vertical une coupe qui permet de préciser les rapports du globe et de la masse cancéreuse. Les paupières, détruites et méconnaissables font corps avec la tumeur qui, dans tout le segment antérieur de l'œil adhère intimement à la sclérotique en haut et en bas et à la totalité de la cornée. Cependant, en un point la cornée semble épargnée par l'envahissement néoplasique.

La masse tumorale a la taille d'un marron d'Inde.

De prime abord on ne voit pas d'atteinte profonde du globe. La chambre antérieure est normale ainsi que les procès ciliaires et la choroïde. Pas d'altération du corps vitré. Dans tout le méridien la tumeur s'arrête sur la sclère dans la région équatoriale en respectant les procès ciliaires.

Observation III.

Sarcome mélanique de la conjonctive bulbaire avec propagation à l'intérieur du globe oculaire. (Inédite).

(Communiquée par le docteur Giffo, de Quimper (Finistère).

Jean C..., 60 ans, cultivateur à Kergaradec en Gouesnach (Finistère).

Homme très bien portant, n'ayant jamais été malade, grand et sec sans être maigre; pas de traumatisme oculaire.

Il se présente dans mon cabinet le 28 juillet 1921.

Oeil gauche absolument sain. Acuité de cet oeil égale à un. Sac sain de ce côté.

A droite énorme dacryocystite. Au niveau du sac une tumeur du volume d'une demi-amande, à la pression flot de pus par les points lacrymaux. A l'examen de l'œil (grosse tumeur noire au niveau du limbe (en dehors et un peu en bas), de la taille d'une noisette, légèrement pédiculée recouvrant la moitié au moins de la cornée. En bas cette tumeur présente un prolongement s'enfonçant dans la cornée. La cornée, en bas et en dehors, a une couleur franchement noire *dans son épaisseur*, et cette zone noire a, à première vue une forme de croissant qui, avait l'apparence de l'hypopion au début. Seul l'éclairage oblique a permis de voir que cette coloration siégeait dans l'épaisseur de la cornée et non dans la chambre antérieure. Quand le malade ouvre l'œil un peu grand la tumeur sort par la fente palpébrale et la paupière supérieure accroche la base de la tumeur quand le malade veut fermer les paupières. Il est parfois obligé de soulever la paupière avec les doigts pour fermer l'œil.

Le croissant signalé précédemment dans la chambre antérieure, près du limbe, est de coloration noire, couleur de truffe, comme la tumeur elle-même et s'étend sur l'iris. Il est petit.

Légère infiltration noire au niveau de la conjonctive, en dehors de la tumeur mais limitée.

Les réflexes de la pupille sont conservés et l'acuité visuelle est encore très voisine de la normale de cet oeil, quand le malade regarde un peu en dedans, car la partie externe du champ est limitée par la tumeur.

La tumeur aurait débuté, nous dit le malade, il y a deux ans environ. Il dit environ, car il ne se le rappelle pas bien, par un petit point noir « près du bord du blanc de l'œil » mais il n'y a pas attaché d'importance. Il est resté comme cela sans s'en soucier, sans consulter. Pendant dix-huit mois la tumeur n'a augmenté que très lentement mais dans les six derniers mois elle allait très vite. Pas d'exophtalmie.

Le 31 juillet 1921 extirpation du sac (dacryocystite énorme). Le lendemain 1^{er} août opération suivant le procédé classique. Anesthésie

locale avec l'allocaine. Résection de la conjonctive à un centimètre au delà de la tumeur en dehors. Résection de la conjonctive au ras de la cornée partout ailleurs.

Section des muscles droit interne, droit supérieur et droit inférieur. Luxation du globe en dehors; section du nerf optique; en dernier lieu section du droit externe.

Huit jours après, cautérisation au galvanocautère d'un petit point conjonctival suspect.

Le 1^{er} septembre nous faisons une excellente prothèse, bonne comme forme et comme mouvements, parfaite.

Nous avons revu le malade depuis. Il va extrêmement bien. Pas de bourgeon, pas de récurrence, pas de coloration anormale, pas de sécrétion.

L'état général est toujours parfait et le malade, qui est fermier, cultive lui-même ses terres et continue à travailler comme un jeune car il est très robuste.

Je l'ai revu il y a quelques jours (10 novembre 1921), il va toujours aussi bien et vient me remercier de temps en temps de « l'avoir décidé à laisser enlever un œil dont il ne souffrait pas et avec lequel il voyait encore bien ».

La cicatrisation du sac est excellente et invisible. Il est à peu près certain maintenant qu'il y aura guérison complète.

Examen macroscopique de la tumeur. — Comme dans les tumeurs que nous avons étudiées précédemment on a pratiqué une coupe médiane verticale. La coque de l'œil est intacte presque partout. En un seul point situé sur le limbe scléro cornéen elle est modifiée. On voit, en cet endroit, une masse de couleur sépia, de la taille d'une noisette, à cheval sur la cornée et sur la sclère. La néoplasie est en dehors de la scléro cornée. L'intérieur du globe oculaire est sain.

Observation IV (Personnelle).

(*Sarcome mélanique du limbe*)

Jean C., cultivateur, 60 ans. Rien d'intéressant, au point de vue de notre travail, à relever dans les antécédents héréditaires ou collatéraux : le malade a des enfants en bonne santé, il a une sœur ma-

riée qui se porte bien; enfin ses parents sont morts d'affections qu'il ne peut préciser mais qui ne paraissent avoir aucun rapport avec les tumeurs malignes.

Dans les antécédents personnels on relève un fait important : à 19 ans il a reçu un coup violent sur la région orbitaire droite. Son œil est resté, dit-il, « rouge et enflammé pendant neuf à dix jours ». Ne souffrant pas beaucoup il n'a pas éprouvé le besoin de consulter un médecin.

A la suite de cet accident il a vu apparaître ce qu'il appelle « une tache noire sur le blanc de l'œil » Cette tache ne gênait pas sa vue et Jean C. pouvait exercer son métier de cultivateur.

La seule chose anormale dont il se soit aperçu est une gêne très nette pour supporter la lumière du soleil — cette sensation était spéciale à l'œil droit.

Pendant 40 ans la situation resta telle que nous venons de l'exposer.

Au début de 1921 le malade remarqua que sa vue diminuait de jour en jour et que la lumière un peu vive le contraignait à fermer presque complètement l'œil droit.

Il consulta alors le Docteur Q., de Plaisance (Gers), puis un oculiste, le Docteur M., de Tarbes. Traitement par collyres, (le malade est incapable de donner des renseignements précis sur la thérapeutique suivie).

En mars 1921 il vient à Bordeaux consulter le Professeur Lagrange

On constate alors :

Œil gauche : normal

Œil droit : Sur le limbe, vers IX heures (en dehors) petite tumeur noire de la grosseur d'une lentille, d'une largeur à la base d'environ cinq millimètres; la masse néoplasique est adhérente à l'œil, non mobilisable sur les plans profonds. Les paupières sont libres et n'ont pas de rapport avec la tumeur.

Pas d'adénopathie.

Injection de la conjonctive.

En mai 1921 opération : excision à plat au couteau avec clivage entre la sclérotique et la tumeur.

Suites opératoires normales.

Le 22 octobre 1921 nous avons revu l'ancien opéré qui est dans l'état suivant :

A l'endroit où siégeait le néoplasme, sur le limbe, on voit une zone d'infiltration noirâtre.

Conjonctivite légère.

La présence de la tache pigmentaire noirâtre est normale. Il n'y a pas de signe de récurrence. L'état du malade est parfait.

L'examen anatomo-pathologique a montré que la tumeur était un sarcome mélanique du limbe sans pénétration dans les couches superficielles de la scléro-cornée.

CHAPITRE III

Examens microscopiques

Observation ancienne I

(Lagrange, *Traité des tumeurs*. Obs. 5)

Examen microscopique. (abrégé)

A un faible grossissement on est frappé par la grande vascularisation du tissu; vers la surface surtout les lacs sanguins, les hémorragies interstitielles sont très nombreux; à la base du néoplasme, du côté de son point d'implantation, sont béantes de nombreuses bouches vasculaires. Le tissu est manifestement de l'épithélium dérivé de l'épithélium pavimenteux de la conjonctive; à certains endroits il est encore typique mais le plus souvent il est modifié.

Il n'y a pas de globes épidermiques, l'épithélium morbide est infiltré, diffus.

Les rapports de cette tumeur avec le limbe sont très intéressants. On y voit l'infiltration lente des cellules à travers les lames de la membrane sclérotico-cornéenne. On remarque particulièrement des flots épithéliaux qui se dirigent vers le canal de Schlemm. On distingue sur la coupe l'hypertrophie du muscle ciliaire. Il n'y a pas dans l'intérieur du muscle d'infiltrations épithéliales pas plus que dans les procès ciliaires et dans l'iris.

La cornée est après l'angle de filtration la partie la plus intéressante de cette pièce anatomique; elle s'est épaissie dans une assez notable

étendue, mais en s'épaississant elle a conservé sa structure normale, nulle part les cellules épithéliales n'ont pu l'infiltrer. Comme dans tous les cas de ce genre que nous avons étudiés elle a fait preuve d'une très grande force de résistance.

Observation ancienne II.

Lagrange, *Traité des tumeurs*. (Obs. 6)

Examen Microscopique (abrégé). — A un faible grossissement la tumeur paraît constituée par une multitude de travées ou cylindres épithéliaux de toute grandeur, séparés par un stroma de tissu conjonctif adulte rempli de cellules épithéliales.

... Sur la région antérieure de la coupe se montre une zone d'ulcération. Une infiltration de cellules embryonnaires dissèque à ce niveau les amas épithéliaux de la tumeur. L'infiltration ne pénètre pas fort avant dans la tumeur et ses éléments ne se propagent pas au sein de son stroma.

Observation ancienne III

(Delord et Revel obs. I, abrégée).

Examen microscopique. — Suivant le diamètre horizontal du globe oculaire nous faisons une coupe qui divise celui-ci en deux hémisphères supérieur et inférieur.

... Sur la surface extérieure des membranes externes de l'œil, appliquée contre elle, on note une vaste prolifération épithéliale qui se développe surtout au niveau de la sclérotique pour aller en diminuant d'épaisseur à mesure qu'elle se rapproche du centre de la cornée. A ce niveau elle se termine en forme de coin. Cette masse est constituée par de volumineux lobules épithéliaux, séparés les uns des autres par des traînées conjonctives lâches qui contiennent elles-mêmes dans leur trame de nombreuses cellules inflammatoires.

Entre le néoplasme et la surface externe de la coque de l'œil, il existe une prolifération conjonctive intense avec des vaisseaux à parois

enflammées et épaissies. Cette même prolifération conjonctive se retrouve entre la cornée et le tissu néoplasique avec une agglomération de cellules inflammatoires jeunes plus marquée que partout ailleurs. A noter que, cette région mise à part, c'est au niveau du limbe scléro-cornéen que l'inflammation paraît le plus intense. La cornée est légèrement épaissie dans la partie qui est recouverte par la tumeur; la sclérotique est normale sauf au niveau du limbe où elle est infiltrée par endroits de petites cellules rondes.

Dans la région de l'angle irido cornéen apparaît une lumière de forme ovale, légèrement oblique par rapport à la direction des fibres de la sclérotique. C'est le canal de Schlemm au centre duquel se trouve un volumineux amas cellulaire. Du côté du muscle et des procès ciliaires on voit de nombreuses cellules embryonnaires.

A un fort grossissement nous notons que les lobules épithéliaux sont formés de cellules malpighiennes, irrégulièrement disposées dans le centre et fortement serrées les unes contre les autres dans les parties voisines de l'œil. Là, elles forment en effet comme une barrière qui semble vouloir s'opposer à l'envahissement de l'œil par le processus néoplasique.

De fait, si l'inflammation est intense dans la couche sous-jacente à la tumeur et surtout à la hauteur du limbe scléro-cornéen, on ne note par contre, aucune pénétration épithéliale à la surface de la sclérotique ou de la cornée.

Cependant, si nous examinons maintenant les membranes externes de l'œil dans la région du limbe, nous notons, avec la présence de cellules conjonctives dans l'épaisseur de la sclérotique celle de quelques cellules malpighiennes. Ces mêmes cellules cancéreuses se retrouvent dans le canal de Schlemm. Elles apparaissent en ce point groupées avec des cellules conjonctives et elles s'échappent ensuite sous la forme d'une longue traînée vers la face profonde de la cornée du côté de la chambre antérieure. A aucun autre endroit, sur la face interne des membranes de l'œil, on ne retrouve des traces de cellules malpighiennes. Pas de globes épidermiques.

Avec l'objectif à immersion les cellules cancéreuses examinées attentivement présentent un aspect normal.

Observation ancienne IV

Examen microscopique (Delord obs. II). — Du côté du limbe scléro cornéen où s'est développée la tumeur, la préparation présente l'aspect suivant :

D'abord, sur la surface externe de la sclérotique on note une prolifération épithéliale intense, formée de lobules plus ou moins volumineux et irréguliers, avec certains à leur centre un globe épidermique. Ces lobules sont séparés les uns des autres par du tissu conjonctif d'épaisseur variable et parsemé de nombreuses cellules inflammatoires avec quelques vaisseaux.

Cette néoformation va diminuant d'épaisseur à mesure qu'on se rapproche de la cornée et de son centre. Là elle se termine en pointe.

Si nous examinons maintenant le néoplasme dans ses parties voisines du limbe scléro-cornéen, nous voyons que celles-ci s'engagent et pénètrent sous la forme de lobules épithéliaux allongés à travers la coque fibreuse de l'œil ; les mêmes lobules se retrouvent plus ou moins déformés dans l'épaisseur de la sclérotique accompagnés de la présence de nombreuses cellules conjonctives jeunes. Un d'entre eux montre un globe épidermique.

Le canal de Schlemm n'a plus sa forme et sa lumière normales. Il est représenté par une longue fente parallèle aux fibres de la sclérotique et à peu près complètement remplie par des cellules épithéliales tassées les unes contre les autres.

Enfin la face profonde de la sclérotique, la région de l'angle irido-cornéen, celle du muscle et des procès ciliaires sont envahies par de nombreux lobules épithéliaux à globes épidermiques qui repoussent en arrière les procès ciliaires et la choroïde, pénètrent par l'angle irido-cornéen dans la chambre antérieure et vont même entre la choroïde et la sclérotique très loin en arrière vers le pôle postérieur du globe oculaire.

A un fort grossissement la nature malpighienne des cellules cancéreuses ne fait aucun doute. Elles sont d'ailleurs d'apparence normale, pas la moindre trace d'une dégénérescence quelconque, ni aqueuse, ni coccidienne, pas de pigments d'aucune sorte.

L'objectif à immersion ne dénote rien autre de particulier.

Diagnostic : Epithélioma pavimenteux à globes épidermiques de la conjonctive bulbaire, ayant franchement envahi la chambre antérieure et la face profonde des membranes fibreuses de l'œil par la région du limbe scléro cornéen.

Observation ancienne V

Examen microscopique. — Il démontre l'existence d'un épithélioma qui partant de la conjonctive bulbaire de l'angle interne envahit le tissu cornéen jusqu'aux couches les plus profondes et se propage dans l'intérieur du globe oculaire au niveau de l'angle de filtration. On voit une forte colonne épithéliale s'avancant vers les vaisseaux ciliaires antérieurs. On remarque aussi plusieurs nids épithéliaux ayant envahi la région ciliaire, insinués le long du muscle ciliaire, entre celui-ci et la sclérotique intacte et se continuant du côté de la choroïde qui est atteinte dans sa zone antérieure. Une infiltration de cellules inflammatoires, non seulement dans les parties superficielles, mais aussi dans les plus profondes, est très accentuée, on pourrait même dire, limitée, à la zone de filtration. On voit que des flots se sont propagés dans la profondeur de la cornée, en écartant les faisceaux fibreux et sont, en certains points, très rapprochés de la membrane de Descemet. On voit une forte hyperplasie de l'épithélium de cette membrane près de l'angle irido-cornéen; une agglomération de cellules paraissant être des éléments épithéliaux mal différenciés siège au niveau du canal de Schlemm et des vaisseaux ciliaires.

Observation ancienne VI

Examen microscopique (abrégé). — 1^o La sclérotique présente à sa surface une couche assez épaisse de tissu morbide essentiellement composé de boyaux formés d'épithélium pavimenteux, touffus, tassés, les uns contre les autres avec des vaisseaux assez nombreux.

Le néoplasme a envahi la sclérotique et c'est là, bien certainement une preuve péremptoire de la malignité de la tumeur. Quelques travées épithéliales s'insinuent dans ses lames externes.

2° A la surface de la cornée ou de ce qui fut la cornée, l'ulcération en quelque sorte détruit tout le néoplasme.

Les lames postérieures, celles qui doublent immédiatement la membrane de Descemet, ont résisté partout à la néoplasie; les cellules épithéliales n'ont pas pénétré dans la chambre antérieure à travers la cornée mais au niveau de la soudure scléro cornéenne les éléments se sont infiltrés dans la cornée, non pas à travers la membrane de Bowmann, la lame élastique antérieure, mais en cheminant des parties périphériques vers les parties centrales c'est-à-dire en partant du limbe. Elles se sont introduites aussi dans les interstices et ont détruit les lames cornéennes en les soulevant de dedans en dehors. Il en résulte qu'en certains points où la cornée est aux trois quarts détruite on voit la membrane de Bowmann soulevée et portant encore intact son épithélium pavimenteux stratifié physiologique.

3° A travers le limbe l'épithélioma a pénétré dans la chambre antérieure et gagné l'iris.

Il est très vraisemblable que les diverses étapes du processus ont été les suivantes : épithélioma de la conjonctive du limbe, infiltration de l'épithélium au niveau de la soudure scléro cornéenne, prolifération dans les lames de la cornée, soulevée et exfoliée; envahissement de la chambre antérieure.

Enfin, le Dr Collomb (*Bull. de la Soc. fr. d'opht.* 1903, p. 106), a vu un cas de carcinome du limbe dans lequel les enveloppes étaient intactes, mais il existait dans l'iris des foyers cancéreux, qu'il appelle « métastatiques ». Il ne dit pas par quelle voie cette métastase avait pu s'opérer.

Observations nouvelles

OBSERVATION I

Examen microscopique

Il s'agit d'une tumeur développée aux dépens de la conjonctive bulbaire.

Pour faciliter l'examen on a pratiqué des séries de coupes qui permettent de se rendre compte d'une façon précise de l'état de l'œil à différents niveaux.

Parmi ces coupes on a choisi celles qui étaient les plus caractéristiques et pour l'étude des points les plus intéressants on a considéré leur aspect sur les diverses coupes.

Deux méthodes de coloration : l'une au Van Giesen l'autre au bleu Mallory pour l'étude des globes épidermiques et des amas sanguins.

La tumeur a tous les caractères de l'épithélioma pavimenteux à globes épidermiques : grosses cellules épithélioïdes, boyaux cellulaires, volumineux globes cornés dont un certain nombre vides de leur contenu. Pas de dégénérescence colloïde.

Le point de pénétration siège uniquement dans la région de la scléro-cornée soit en haut, soit en bas. A ce niveau la cornée a disparu, disloquée et remplacée par le néoplasme qui chemine vers l'angle de filtration et la racine de l'iris.

Vers le nodule inférieur on voit la sclérotique, elle-même, comme coupée à l'emporte-pièce par le néoplasme. On trouve cet aspect sur notre planche 1, figure 1, qui représente la sclérotique divisée en deux faisceaux par une volumineuse masse néoplasique et bientôt totalement interrompue par la tumeur.

Le nodule supérieur est constitué par du tissu néoplasique tubulé et à nombreux globes épidermiques. Ce nodule a envahi toute la région ciliaire, détruisant les procès, infiltrant en avant l'iris qui est triplé d'épaisseur et, en arrière, gagnant la choroïde jusqu'au niveau de l'ora serrata où le néoplasme s'arrête.

La rétine, décollée, tapisse la portion intra-oculaire de la tumeur partout sauf en arrière, où elle repose sur un exsudat albumineux comme il est de règle d'en rencontrer dans les tumeurs malignes intra-oculaires. La rétine ciliaire englobée par les cellules cancéreuses, est devenue méconnaissable.

Après sa pénétration au niveau du limbe scléro-cornéen le nodule inférieur a détruit complètement les procès ciliaires dont il ne reste que quelques amas de pigment disséminés. Il se prolonge en arrière vers les espaces supra-choroïdiens en décollant la choroïde et la rétine intactes. Un exsudat albu-

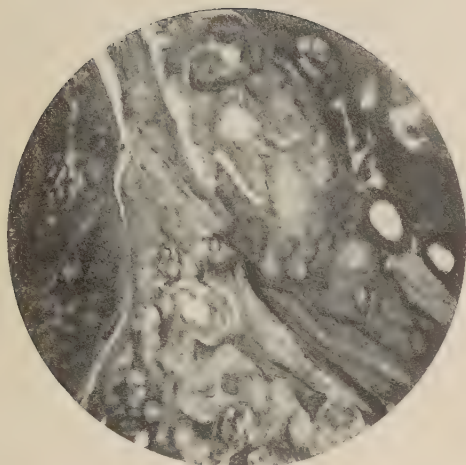


FIG. 1. — Epithélioma pavimenteux tubulé, à globes épidermiques de la conjonctive.

Point de pénétration du néoplasme à travers la sclère.

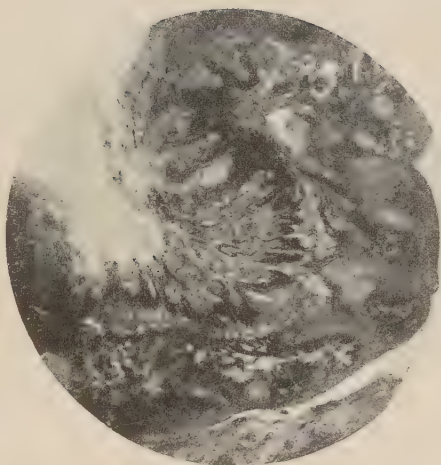


FIG. 2. — Epithélioma pavimenteux tubulé, à globes épidermiques de la conjonctive.

Envahissement des procès ciliaires par le néoplasme.

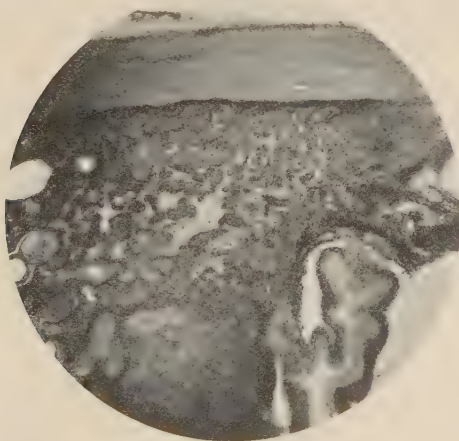


FIG. 3. — Nodule épithéliomateux sous-rétinien

mineux siège entre la sclérotique et la choroïde dans les espaces supra-choroïdiens. Structure de ce nodule identique à celle du nodule supérieur.

Entre les masses nodulaires néoplasiques, en un point qui correspond à ce qui fut la cornée, on voit un canal intra-tumoral. Ce canal est le vestige de la perforation que nous trouvons signalée dans l'histoire clinique du malade.

Au fort grossissement (obj. 0, 8 Zeiss, ocul. 6) on constate :

Etude du point de pénétration. — Ce point se trouve à la partie supérieure et à la partie inférieure du limbe scléro-cornéen. Les cellules pénètrent dans la cornée et dans la sclérotique en dissociant les lamelles et même en les rendant méconnaissables. Au niveau de la perforation, notamment, il n'y a plus trace de la structure normale des enveloppes de l'œil.

Le canal de Schlemm est bourré de cellules néoplasiques ainsi que l'angle de la chambre antérieure et la racine de l'iris.

Nous n'insistons pas sur la structure classique de la tumeur; disons cependant qu'au milieu des cellules néoplasiques existent des amas de cellules inflammatoires. On en trouve en particulier dans les régions du tractus uvéal qui recouvrent la tumeur et dans les parties avoisinantes du corps vitré.

Notre figure 2, planche 1, représente l'envahissement des procès ciliaires par le néoplasme. Dans la figure 3, même planche, on aperçoit, entre la rétine, qui, nous l'avons dit, recouvre la partie intra-oculaire de la tumeur, et la sclérotique un assez gros nodule cancéreux.

OBSERVATION II.

Examen microscopique

Petit grossissement (obj. 0 ocul. 6)

Il s'agit d'un épithélioma pavimenteux tubulé typique : boyaux cellulaires, cellules épithéliomatenses avec nombreuses figures de kariokinèse dans les cellules.

Pas de globes cornés.

1^o La tumeur semble pénétrer dans le globe par la voie cornéenne.

Sur une première coupe — que nous appellerons coupe 1 — faite au niveau de l'endroit où, à l'examen microscopique, la cornée nous a semblé moins atteinte par la néoplasie, nous voyons le néoplasme envahissant les couches superficielles de cette membrane en respectant les deux tiers de son tissu propre. Sur une coupe passant un peu plus haut — que nous appellerons coupe 2 — en un endroit où la tumeur est plus volumineuse, les couches superficielles de la cornée sont envahies et quelques nodules s'infiltrant entre les lames saines vers la chambre antérieure.

Enfin en examinant une coupe passant par la partie la plus considérable de la tumeur, coupe 3, nous voyons les lames de la cornée dissociées, et les interstices bourrés de cellules néoplasiques; la tumeur arrive ainsi jusqu'à la membrane de Descemet.

Au fort grossissement (obj. 0,8 Zeiss) on constate que les tubes cellulaires provenant de la région du limbe scléro cornéen décollent l'épithélium antérieur de la cornée dont les assises cellulaires ont quadruplé d'épaisseur (voir planche 2, figure 2) Il y a décollement de la membrane de Bowmann. (Aspect de notre coupe 1).

Dans notre coupe 2 les lames superficielles de la cornée sont dissociées et envahies, la membrane de Bowmann est détruite. A son tour l'épithélium cornéen subit la destruction et les lames du tissu propre de la cornée sont atteintes,

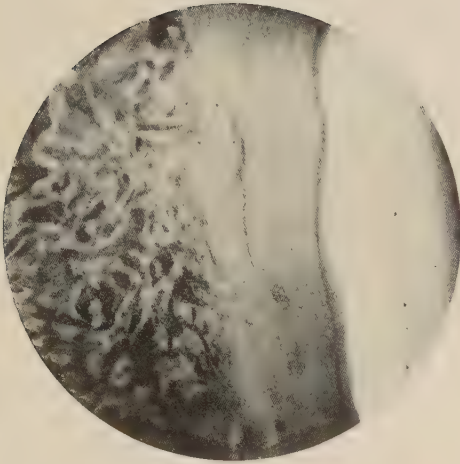


FIG. 1. — Epithélioma pavimenteux tubulé, conjonctivo-palpébral. Propagation de la tumeur à la cornée.

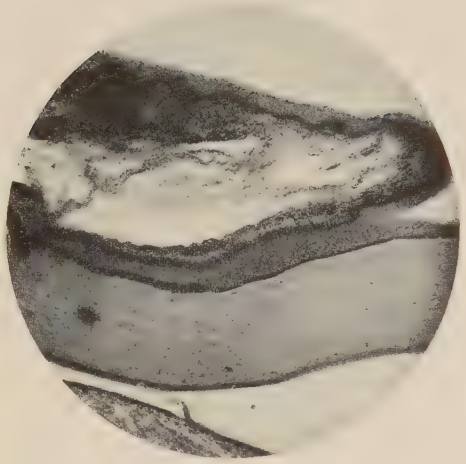


FIG. 2. — Epaississement de l'épithélium antérieure de la cornée au point où la tumeur arrive au contact avec cette membrane.



FIG. 3. — Pénétration de la tumeur au niveau de l'angle scléro-cornéen dans les mailles de la sclérotique vers le canal de Schlemm et de préférence le long des vaisseaux.

Dans la troisième préparation dont nous venons de parler, à propos de l'examen au petit grossissement, les nodules cancéreux arrivent au contact de l'épithélium de Descemet qui est soulevé par eux en certains points mais nulle part on ne trouve rupture de la membrane et de l'endothélium de Descemet; nulle part, il n'y a perforation et pénétration néoplasique dans la chambre antérieure.

2^o Etude de l'angle irido-cornéen.

Petit et fort grossissement. Hâtons-nous de dire que la partie inférieure du limbe est absolument intacte. A aucun endroit n'existe d'envahissement tumoral. Cet invasion est visible au niveau de la partie supérieure de l'angle irido-cornéen.

Le plus intéressant du sujet consiste à étudier cette région.

Le petit grossissement ne donne aucun détail net, en revanche au fort grossissement on note :

a) Envahissement de l'épithélium cornéen par les boyaux néoplasiques.

b) Dans la sclère, en avant du canal de Schlemm et du tendon du muscle ciliaire, le long des vaisseaux, existent des traînées de cellules épithélioïdes. On en voit en particulier le long des veinules qui semblent émerger du canal de Schlemm et se diriger vers l'épiscière. Cette disposition indique clairement le mode de propagation du néoplasme vers l'angle irido-cornéen.

La néoplasie progresse en particulier le long de la gaine des vaisseaux; dans quelques coupes, vaisseaux et canal de Schlemm sont indemnes, dans d'autres, ils sont farcis de cellules cancéreuses.

Notre figure 3, planche 2, représente un point où cette propagation est particulièrement nette. Les gaines vasculaires sont envahies par les cellules de la tumeur qui ont tendance à gagner la région épiscélérales.

OBSERVATION III.

Examen microscopique

Il s'agit d'un sarcome mélanique globo-cellulaire de structure classique: cellules rondes, pigment mélanique abondant. La masse tumorale, adhérente au limbe, empiète de quelques millimètres sur la cornée et d'une longueur égale sur la sclérotique. Au fort grossissement on voit dans la portion en contact avec la néoplasie une infiltration des premières lames de la cornée par les cellules sarcomateuses.

Dans les espaces lymphatiques de la sclère et dans la région des vaisseaux ciliaires antérieurs éléments néoplasiques et amas de pigment mélanique.

En un point correspondant à un des bords de la tumeur, l'épithélium antérieur de la cornée est décollé (voir planche 3, figure 1). Les cellules cancéreuses s'infiltrèrent entre cet épithélium et la membrane de Bowmann.

La tumeur est encapsulée sur tout son pourtour sauf du côté de la scléro-cornée.

L'infiltration des cellules rondes est spécialement accusée dans la zone limbique, dans la région du canal de Schlemm et sur le trajet des vaisseaux ciliaires antérieures.

Choroïde, procès ciliaires, rétine, cristallin et corps vitré, sont normaux.

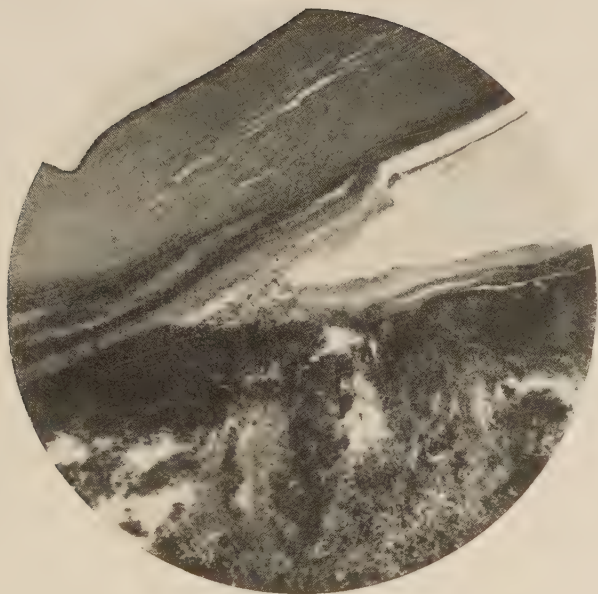


FIG. 1. — Sarcome mélanique de la conjonctive.
Décollement de l'épithélium cornéen produit
par l'infiltration tumorale vers la cornée
dans la région du hile.

CHAPITRE IV

§ I. RÉALITÉ DE LA PROPAGATION DES TUMEURS MALIGNES DE LA CONJONCTIVE ET DE LA PAUPIÈRE A L'INTÉRIEUR DU GLOBE OCULAIRE.

Si nous nous reportons aux observations antérieures à celles que nous présentons et si nous considérons les examens microscopiques faits à leur sujet nous voyons :

Que tous les aspects microscopiques, depuis le début de l'envahissement jusqu'à l'invasion totale du bulbe ont été notés tour à tour.

Procédons des cas les plus légers aux cas les plus graves on trouve :

a) *Dans l'observation ancienne III* de (Delord) pas de pénétration notable au niveau de la sclérotique et de la cornée.

Au niveau de l'angle scléro-cornéen « l'infiltration a son maximum d'intensité, le canal de Schlemm contient des amas néoplasiques, les cellules cancéreuses s'échappent ensuite en traînées vers la chambre antérieure »

L'intérieur de l'œil est intact.

b) *Dans l'observation ancienne I* (Lagrange) pas de lésion non plus de la cornée, en dehors du limbe. Du côté du limbe « infiltration lente à travers les lames, flots épithéliaux se dirigeant vers le canal de Schlemm-Iris et procès ciliaires intacts ».

c) *Dans l'observation ancienne IV* (Delord) pas de lésion de la scléro-cornée mais au niveau du limbe « lobules déformés dans l'épaisseur de la sclérotique accompagnés de cellules

conjonctives jeunes « Région irido-ciliaire, muscle et procès ciliaires envahis, cellules très loin en arrière vers le pôle postérieur entre choroïde et sclérotique.

d) *Dans l'observation ancienne VI* (Lagrange) le tissu cornéen est infiltré jusqu'à la membrane de Descemet.

Par l'angle irido cornéen la chambre antérieure a été envahie

e) *Dans l'observation ancienne V* le tissu cornéen est envahi jusqu'aux couches profondes. La membrane de Descemet, seule, est intacte.

Au niveau de l'angle scléro-cornéen « une forte colonne épithéliale s'avance jusque vers les vaisseaux ciliaires antérieurs », la région ciliaire, la muscle ciliaire, la choroïde sont atteints.

Si nous considérons maintenant les observations nouvelles nous voyons que :

a) *Dans l'observation IV* la néoplasie a été traitée à temps : aucune trace de pénétration.

b) *Dans l'observation III* du côté de la scléro-cornée infiltration des premières lames. Infiltration entre l'épithélium cornéen et la membrane de Bowman par décollement de l'épithélium

Dans la région de l'angle infiltration de cellules rondes vers le canal de Schlemm et les vaisseaux ciliaires antérieurs.

c) *Dans l'observation II* du côté de la cornée, suivant les points considérés invasion seulement des premières lames ou infiltration jusqu'à la membrane de Descemet.

Du côté de l'angle irido-cornéen éléments néoplasiques en avant du canal de Schlemm, du tendon du muscle ciliaire et le long des vaisseaux ciliaires.

d) *Dans l'observation I* du côté de la cornée atteinte très profonde de cette membrane qui, en un endroit, a même complètement disparu. C'est la perforation, stade ultime de l'invasion.

Du côté de l'angle scléro-cornéen la région de l'angle a été remplacée par une masse néoplasique. Iris, procès ciliaires et choroïde sont envahis. Là aussi la pénétration est totale.

Ainsi dans les observations nouvelles, nous retrouvons les différents aspects microscopiques décrits dans les observations anciennes.

Dans l'ordre où nous venons d'étudier les cas nouveaux tous les stades de l'envahissement progressif sont représentés.

Par l'observation I nous voyons que les néoplasmes qui prennent naissance dans la paupière peuvent pénétrer dans le globe achevant ainsi l'invasion de la région. Ce cas de pénétration est le seul que nous connaissions; il est si rare que le Professeur Lagrange a pu écrire « l'épithélioma de la paupière dévore non seulement la paupière mais pénètre dans l'orbite. Il arrive que tout est détruit, excepté l'œil, libre et presque flottant dans la cavité orbitaire ».

§ 2 VOIES DE PÉNÉTRATION

La description que nous venons de faire de la pénétration des tumeurs telle que les auteurs l'ont décrite et telle que nous l'avons vue nous permettra d'être assez brefs dans l'exposition des voies de pénétration des néoplasmes émanés de la conjonctive ou de la paupière.

Citons d'abord la description que le Professeur Lagrange a donnée à propos de la pénétration d'un épithélioma dans le limbe scléro-cornéen. (Voir pour la partie clinique de ce cas observation ancienne II)

Nous rappelons qu'il s'agissait de deux tumeurs, l'une intra, l'autre extra oculaire.

Il écrit « Si la tumeur externe se continue exactement avec la tumeur interne c'est par le limbe qu'aura lieu la pénétration.

Les premières coupes nous montrent la bandelette fibreuse (qui sépare les deux parties du néoplasme) inattaquée. Dans les coupes suivantes nous remarquons qu'un certain bourgeon commence à pénétrer la bandelette sans la défoncer complètement. A partir de ce moment les coupes faites en séries montrent que le bourgeon épithélial s'enfonce de plus en plus profondément, bientôt il ne reste plus qu'une mince

lamelle à détruire. Sur les coupes suivantes cette lamelle est soulevée, décollée et voici l'épithélioma dans l'intérieur de l'œil. L'examen des dessins montre bien le sens de la pénétration. En examinant toutes nos séries de préparations nous avons constaté qu'après s'être engagée ainsi dans le limbe la tumeur... avait détaché le feuillet le plus interne de l'angle de filtration du reste de la région scléro cornéenne et s'était infiltrée entre ce feuillet et la sclérotique. Le muscle et les procès ciliaires ont été ainsi repoussés et la tumeur a pris place, non pas dans la chambre antérieure mais dans une cavité artificielle qu'elle s'est creusée entre la sclérotique et le tractus uvéal.

Il est remarquable de constater quelle puissance le tendron du muscle ciliaire a opposé à l'envahissement de la chambre antérieure par le néoplasme. Au niveau du limbe la tumeur s'est aisément infiltrée, seul le tendon épais et résistant du muscle a opposé une barrière infranchissable, et par sa résistance a dirigé les efforts de la tumeur vers le corps ciliaire et la partie antérieure de la choroïde.

La tumeur s'infiltré le long de la soudure scléro-cornéenne; le canal de Schlemm est obturé par un gros globe épidermique, le tendon du muscle ciliaire a été rejeté en avant et en dedans et la lésion a proliféré dans la cavité artificielle qu'elle s'est créée en séparant la choroïde de la sclérotique.

Nous voyons que la pénétration se produit par deux voies :

I VOIE CORNÉENNE

La tumeur décolle l'épithélium antérieur de la cornée (voir pl. 3, fig. 1), s'insinue entre cet épithélium et la membrane de Bowmann; le néoplasme infiltre ensuite les lamelles cornéennes, les disjoint, et chemine ainsi par une progression insidieuse, vers la membrane de Descemet.

Celle-ci offre une résistance encore supérieure à celle de la membrane de Bowmann et nous ne l'avons vue perforée que dans un seul cas (observation nouvelle I).

L'existence de ce cas de perforation complète prouve que la résistance de cette membrane de Descemet n'est pas indéfinie. Il est rare qu'elle cède mais il arrive toujours un moment où elle est insuffisante pour contenir le néoplasme.

II VOIE SCLÉRO-CORNÉENNE

Les lames de la cornée et celles de la sclérotique semblent avoir une spéciale fragilité au niveau de l'angle scléro-cornéen car dans toutes les observations nous voyons l'invasion commencer par ce point.

Alors que la cornée est saine ailleurs les lames sont déjà infiltrées dans la région de l'angle. De même, alors que la sclérotique est saine ailleurs, sur tout son pourtour on la voit atteinte dans la région de l'angle. Tandis que les lames de la cornée étaient à peine touchées par la néoplasie, nous avons vu que les cellules inflammatoires et parfois les éléments cancéreux atteignaient déjà le canal de Schlemm.

On sait que les néoplasmes de la cornée ne se propagent pas dans l'intérieur du globe; quand l'invasion a lieu c'est toujours après atteinte de la zone scléro cornéenne.

Toujours nous avons vu cette invasion par la voie de la scléro cornée progresser plus vite que l'envahissement par la cornée et réaliser une atteinte plus précoce des milieux profonds du globe.

La progression des éléments néoplasiques à travers les lames de la cornée ne se fait pas par perforation des lamelles cornéennes et progression en avant après effraction de ces lamelles. Il semble bien, comme le décrit le Professeur Lagrange (obs. anc. VI) que ce soient les éléments néoplasiques de la région scléro cornéenne qui réalisent la propagation en avant dans la cornée. Les lames ne sont plus attaquées de face et on conçoit que la pénétration soit plus aisée. Cette hypothèse explique pourquoi on voit, le plus souvent les nids cellulaires ou les cellules inflammatoires disposés entre des lamelles qui paraissent intactes. On trouve cet aspect particulièrement dans les cas où l'invasion est peu accentuée; plus tard les lamelles sont plus modifiées et cette disposition est moins nette.

En résumé deux voies de pénétration : cornéenne et scléro-cornéenne. La seconde est la plus importante, l'autre n'est qu'accessoire.

CHAPITRE V

Etiologie

L'Etiologie des tumeurs malignes pénétrantes du globe oculaire ne diffère en rien de celle des cancers qui atteignent l'organe de la vision.

On peut seulement remarquer l'influence des traumatismes sur la région oculaire. « Dans l'étiologie des sarcomes, l'influence du trauma » dit Guilleret (in Thèse Paris 1801-1902) « est indéniable ».

Dans les observations nouvelles que nous apportons les malades sont tous des cultivateurs. Doit-on chercher dans une exposition plus prolongée que dans les autres professions aux rayons solaires une des causes de la fréquence des néoplasies dans ce métier ?

Rappelons que l'influence du soleil a été invoquée pour expliquer le nombre élevé de cancers cutanés chez les agriculteurs.

En somme pas d'étiologie spéciale.

CHAPITRE VI

Symptomatologie et Diagnostic

Les tumeurs qui font l'objet de ce travail se présentent en clinique avec l'aspect de tumeurs épibulbaires. Nous n'insisterons pas sur les signes de ces néoplasmes : indolence, adhérence à la conjonctive bulbaire...

On sait que le diagnostic est très difficile au début : apparence de conjonctivite phlycténulaire avec épisclérite chronique, ressemblance avec la pinguecula, le papillome, en particulier avec le dermo épithéliome de Parinaud...

Quand on se trouve en présence d'une forme de tumeur très pénétrante, à ces signes de néoplasie superficielle peuvent se joindre des symptômes de tumeur intra-oculaire hypertension, déformation du globe...

Dans ce cas le diagnostic est assez aisé, la pénétration n'est pas douteuse.

Mais si l'atteinte est moins profonde le diagnostic ne s'impose pas d'emblée. Voyons quels sont les signes qui pourront nous faire songer à un début d'envahissement des parties profondes du globe : Adhérence au limbe, localisation de la néoplasie dans la région scléro cornéenne sont les seuls indices de pénétration probable.

Donc l'examen du malade ne permet pas d'être affirmatif.

C'est pourquoi, en présence d'une tumeur maligne, localisée

au limbe, non mobilisable sur la scléro-cornée, il faut pratiquer une biopsie.

L'examen de la portion de la masse cancéreuse ainsi prélevée va seule nous permettre d'affirmer sa nature maligne et la variété de tumeur en présence de laquelle nous nous trouvons.

Nous verrons, au chapitre VIII, en traitant de la conduite à tenir, que la nature de la tumeur, a une importance majeure pour le choix du traitement à appliquer.

CHAPITRE VII

Pronostic

Les épithéliomas épibulbaires sont relativement graves à cause de la fréquence des récidives. La forme la plus bénigne est celle à globes épidermiques.

« Elle est téméraire, a écrit le professeur Lagrange, l'opinion de ceux qui croient l'épithélioma incapable de gagner, les parties profondes et ce pronostic optimiste expose à des déboires. »

Le pronostic des sarcomes, a écrit Guillemin (in thèse de Paris 1901-1902) est très sombre quand l'opération n'est pas large d'emblée. Ce pronostic est basé sur les résultats chirurgicaux; il semble que le traitement radiothérapique rende, au moins pour le sarcome, le pronostic moins sombre. Cette question de la valeur de la radiothérapie ne peut encore être définitivement jugée, les guérisons sont encore trop récentes pour permettre d'affirmer que les récidives ne sont plus à redouter.

Quand la tumeur devient pénétrante le pronostic est encore assombri. Sur les trois cas que nous apportons nous comptons une récidive.

Naturellement, comme dans toutes les néoplasies, le pronostic est fatal, si l'opération est trop tardive.

TRAITEMENT

Nous avons insisté précédemment sur la nécessité de pratiquer des biopsies; pour éviter les métastases et rendre ces biopsies inoffensives il sera utile de les faire précéder d'une séance d'irradiation par les rayons X (Regaud).

Nous savons que, en présence de sarcomes épibulbaires, le raclage est une opération suffisante. On peut le faire suivre de cautérisation. Mais quand la tumeur devient pénétrante, il faut intervenir d'une façon plus énergique. L'intervention chirurgicale de choix sera l'enucléation.

Nous avons vu à propos du pronostic que les récidives sont fréquentes. Cette variété de tumeurs est très sensible à l'action des rayons Röntgen et au radium et le traitement par ces agents thérapeutiques donne des résultats remarquables sauf quand il s'agit de sarcomes mélaniques.

L'intervention chirurgicale est indiquée dans les cas d'épithélioma.

La radiothérapie agit bien sur les formes baso-cellulaires. Dans les tumeurs spino-cellulaires ou épidermoïdes, ses résultats sont incertains.

Dans ces cas, il sera utile de pratiquer un traitement radiothérapique avant l'intervention chirurgicale surtout quand les tumeurs sont volumineuses.

En cas de récidive, intervention chirurgicale ou radiothérapie dans les formes de cancers sensibles aux rayons X.

Les traitements radio ou radiumthérapiques, sont contre-

indiqués dans les cancers aigus, chez les malades dont l'état général est mauvais et lorsqu'il y a association d'infection locale grave.

Les tumeurs épibulbaires devenues intra-oculaires sont inopérables quand la généralisation atteint l'orbite et les ganglions. Pas d'intervention chirurgicale dans les cancers aigus.

Nous dirons donc que dans les cancers propagés dans l'intérieur du globe, il faut pratiquer l'exentération de l'orbite avec radiothérapie préparatoire. Suivant la forme de tumeur maligne révélée par la biopsie donner la préférence au traitement chirurgical ou au traitement radiologique. La chirurgie a ses indications précises avec méthodes opératoires bien réglées. La radio et la radiumthérapie donnent des résultats thérapeutiques remarquables et permettent de conserver l'œil mais leur action sur les tumeurs intra-oculaires est encore peu connue et leurs indications ne sont pas encore nettement précisées. Nous savons ce que nous pouvons attendre de la chirurgie; nous ne pouvons affirmer souvent ce que donnera la radiothérapie.

CONCLUSIONS

Conformément au programme que nous nous étions tracé, nous pensons avoir apporté dans ce travail des éléments prouvant :

1° Que la pénétration des tumeurs malignes de la conjonctive et de la paupière dans le bulbe oculaire existe. Elle n'est pas fréquente, mais on doit toujours envisager cette complication au cours du développement des tumeurs épibulbaires.

2° Que cette pénétration se fait surtout par le limbe scléro-cornéen. La propagation par la cornée ou la sclérotique est très rarement complète et quand elle se produit l'invasion par voie scléro-cornéenne est déjà réalisée.

3° Que l'anatomie pathologique peut seule permettre un diagnostic exact et que la biopsie doit toujours être faite pour baser le traitement sur un diagnostic précis.

En définitive, depuis l'apparition du *Traité des tumeurs de l'œil de l'orbite et de ses annexes*, quelques observations ont été réunies sur la question de la propagation des tumeurs malignes dans l'intérieur du globe oculaire.

Ces acquisitions nouvelles contribuent à montrer la réalité de l'invasion de l'œil par les néoplasmes suivant le processus décrit, en 1900, par le professeur Lagrange.

Vu :

Le Doyen,

D^r SIGALAS.

Vu : Bon à imprimer,

Le Président de thèse,

LAGRANGE.

Vu et permis d'imprimer :

Bordeaux, le 25 novembre 1921.

Le Recteur de l'Académie,

R. THAMIN.

BIBLIOGRAPHIE

On trouvera dans le traité des *Tumeurs de l'œil, de l'orbite et de ses annexes* du Professeur Lagrange la liste très complète des travaux parus sur le sujet de ce travail avant 1901.

Nous avons réuni la bibliographie postérieure à cette date.

Lagrange. — Traité des tumeurs de l'œil, de l'orbite et de ses annexes.

Chavernac. — Une forme curieuse et rare de tumeurs symétriques des paupières (*Annales d'oculistique*, Paris 1907, p. 417-419).

Chevalier (du Mans). — Une observation de sarcome alvéolaire de la conjonctive. (*Bull. de la Soc. franc. d'optalm.*, 1907 p. 628)

Collomb. — Contribution à l'étude des tumeurs malignes. Carcinome et angio-papillome du limbe (*Bull. soc. franc., ophtal.* 1903, p. 106)

Guillemet. — Sur certaines formes des tumeurs malignes des paupières (*Thèse*, Paris 1901-1902).

Villard. — Contribution à l'étude des Tumeurs malignes primitives de la conjonctive palpébrale. (*Thèse*, Paris 1900-1901).

Wenzel. — Über einen malignen Bindehauttumor Alveolärer Struchtur *Thèse*, Munich 1909, p. 111)

Berchtold. — Über die Prognose die Tumeren malignen des Auges *Thèse* Zurich 1907).

Gallamaerts. — Melanosarcome en nappe de la paupière. (*Annales d'oculistique* 1919, p. 131-133).

Cosmettatos. — Epithélioma récidivant de la conjonctive bulbaire; mort par métastase. (*Ann. d'oculist.*, Paris 1918, p. 32-41).

Gallamaerts. — Melanosarcome de la conjonctive (*Ann. d'oculist.*, Paris 1919, p. 129-131.)

- Chevalier.** — Observation d'épithéliome primitif de la conjonctive palpébrale (*Bull. soc. franc. opht.*, 1910, p. 553)
- Delord et Revel.** — Sur deux cas d'épithéliome de la conjonctive bulbaire (*Annales d'oculist.* 1909, p. 432-444).
- Buchanon.** — Epithelial tumors of the eyelids (*Arch. of ophthalmology*, 1912, p. 48).
- Holler.** — Two cases of epibulbar sarcoma (*Arch. of ophthalmology* 1912 p. 327).
- Bertoche.** — Uber zwei Falle von Primaren Lidssarkom. (*Thèse* Tubingen 1911). —
- Roy.** — Volumineux sarcome de la conjonctive bulbo-palpébrale (*Annales d'oculist.* p. 338-343, 1908).
- Pons-Marquez.** — Sarcome mélanique de la conjonctive (*Revue Gén. d'opht.* 1913 p. 67).
- Korjenianze.** — Un cas de mélanosarcome de la conjonctive bulbaire opéré avec conservation de l'œil (*Revue. Gén. ophtalm.* 1913, p. 496).
- Lagrange et Valude.** — Encyclopédie française d'ophtalmologie, t. I et IV.
- Jonao da Silvo Figueredo.** — Néoplasie da regio ocular, p. 103, 188, 191
- Eduardo Wieden Vinarta.** — Epithelioma del limbo scléro cornéen, p. 73 et suivantes).
- Alessandro (Dottore I. d').** — Sarcoma endotheliale del limbus.
- Bitto.** — (*Archives d'opht.*, 1904, page 137).
- Duclos.** — (*Annales d'oculistique*, Janvier 1912).
- Rosset et Bussy.** — Epithelioma épibulbaire. Radiothérapie. Guérison (*Journal de Radiologie et d'électrologie*, Janv. 1921, p. 331).
- J. Huguet (Marseille).** — Quels cancers adresser au chirurgien? Quels cancers au radiothérapeute? (*Journ. Radiol. et électrol.* sept. 1921, p. 427)
- Mario Pouzo.** — Radiothérapie du cancer (*Journ. Radiol. et élect.* sept. 1921, p. 428).
- W. Heating Heart.** — Du rôle actuel de la chirurgie dans le traitement du cancer. (*Journ. Radiol. et Elect.* mars 1921, p. 141).
- Vigano.** — Radiothérapie des tumeurs de l'œil retro-bulbaires (*Journ. Rad. et Electr.* 1920, p. 139).
- Bergonié.** — Radium et Radiumthérapie (*Journ. Rad. et Electr.* octobre 1921, p. 475).

Regaud. — Une condition d'efficacité et d'innocuité dans la radiothérapie du cancer. L'égalité d'irradiation dans tout le néoplasme.

Regaud. — Fondement rationnel de la Thérapeutique des cancers (*Journ. de Radiol. et d'Electr.* 1920, p. 243).

Rollet et Aurand. — Sarcome de la conjonctive à marche rapide et envahissante (*Lyon Médical*, 1914, p. 123).

Capdeville. — La mélanose conjonctivale (*Thèse Bordeaux*, 1910-1911).

Calhoun. — Primary bulbar carcinoma (*British Journal of ophthalmology*, juillet 1921).

Grandclément. — Guérison d'un vaste épithélioma épibulbaire par les Rayons X. (*Clinique opht.*), juin 1913.

Schweinitz (de). — Epibulbar carcinoma (*Arch. of ophthalmology*, juillet 1913).

Nous citons ici des articles auxquels nous n'avons pu nous reporter mais que nous croyons pouvoir contenir des renseignements utiles.

Barnetler. — Contributo allo studio della morfologia e struttura dei tumori epibulbare. Un caso di epithelioma iniziale della conjunctiva epibulbare. (*Jornale intern. det. soc. med. Napoli*, 1908, p. 118-125).

Capron. — Multiple melanotic of conjunctiva with malignant invasion of the corneal limbus. (*Tr. Am. ophtal. soc. phila.*) 1915 p. 322-326).

Beck. — Carcinoma of the upper eyelid (*Surg. Clin. Chicago* 1919, p. 717-721).
